



St. Thomas East End Medical Center Corporation
4605 Tutu Park Mall, Sala 207
P.O. Box 503177
St. Thomas, VI 00805-3177

Tel: (340)775-3700
Fax: (340)777-7927

"Su Salud es nuestra Primera Prioridad"

Formulario de Identificación de Género y Orientación Sexual

Fecha: _____

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento

Por favor marque la caja correspondiente en cada categoría.

Identificación de Género	Orientación Sexual
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Lesbiana
<input type="checkbox"/> Femenina	<input type="checkbox"/> Homosexual
<input type="checkbox"/> Transgénero Hombre / Mujer a Hombre	<input type="checkbox"/> Heterosexual
<input type="checkbox"/> Transgénero Mujer / Hombre a Mujer	<input type="checkbox"/> Bisexual
<input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Otra _____
<input type="checkbox"/> Elija no divulgar	<input type="checkbox"/> Elija no divulgar

Esta información es un mandato del Gobierno federal, reduce las Disparidades en la Salud y promueve una atención culturalmente competente. Esta información no es un mandato para pacientes menores de 18 años de edad. Por favor tenga en cuenta que su información será estrictamente confidencial.

Firma: _____

Official Use

Patient ID # _____ Date: _____

Staff Signature: _____